

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908 — N° 94.

SUR UNE FORME
DE
L'INERTIE UTÉRINE

L'INERTIE APRÈS LA DÉLIVRANCE

ÉTUDE CLINIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 février 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel VALETTE

Né au-Cheyland (Ardèche), le 8 février 1884.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

1908

SUR UNE FORME
DE
L'INERTIE UTÉRINE
L'INERTIE APRÈS LA DÉLIVRANCE
ÉTUDE CLINIQUE

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908 — N° 94.

SUR UNE FORME
DE
L'INERTIE UTÉRINE

L'INERTIE APRÈS LA DÉLIVRANCE

ÉTUDE CLINIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 février 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel VALETTE

Né au Cheylard (Ardèche), le 8 février 1884.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, RUE RACHAIS, 8

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSUR.

DOYEN HONORAIRE

M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LEPINE. TEISSIER. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. PIERRET. WEILL. POLLOSSON (A.). X... HUGOUNENQ. CAZENEUVE. BEAUVISAGE. GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. ROQUE. COLLET. TRIPPIER. POLLOSSON (M.). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales	{
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	ROCHET.	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Hygiène administrative	LESIEUR.	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	TIXIER.	PATEL.	VORON.
PAVIOT.	REGAUD.	J. LEPINE.	NOGIER.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	LAROYENNE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. POLLOSSON (A.), Président; M. FABRE, Assesseur;

MM. TIXIER et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*A qui je dois tout, je dédie ce
modeste travail, bien faible témoi-
gnage de ma reconnaissance pour
leur vie toute de labeur et de sacri-
fices. Que leur nom en tête de ces
feuilles soit le témoignage de ma
profonde affection, de mon éternelle
gratitude.*

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON FRÈRE PIERRE

Témoignage de bien vive affection.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

AVANT-PROPOS

Nous devons ce sujet de thèse à M. GONNET, chef de clinique à la Charité. Nous le remercions de son précieux concours, qui nous a rendu notre tâche plus facile, et de son amabilité à guider nos premiers pas dans l'art obstétrical. Nous n'oublierons pas M. le professeur VORON, qui, si obligeamment, nous a ouvert son service et nous a fourni des observations.

M. le professeur AUG. POLLÖSSON a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, qu'il veuille recevoir l'hommage de notre reconnaissance, pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui.

Nous remercions tous nos maîtres des marques d'intérêt qu'ils nous ont accordées et de leur précieux enseignement. M. le professeur ROLLET, M. TIXIER, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, M. MOREAU, chef de clinique obstétricale.

Toute notre sympathie à M. CHEZE, interne des hôpitaux, dont l'aide nous fut large pour mener à bien ce travail.

J'adresserai enfin une dernière pensée au docteur Louis BERT, camarade d'école, dernière année d'études, dont l'amitié nous fut douce et consolante aux heures mauvaises et nous aida dans bien des circonstances de notre vie commune.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552622_0053

INTRODUCTION

Nous avons en vue d'étudier dans cette thèse une forme particulière et peu-décrite d'inertie utérine.

Cette inertie a pour caractère de se manifester tardivement, après l'accouchement, qui s'est passé normalement, après la délivrance, qui s'est faite spontanément et à son heure. Cette inertie est totale, elle s'accompagne d'accidents hémorragiques graves, elle résiste aux traitements dirigés ordinairement contre ce syndrome.

Nous rapportons de cette forme clinique quatre observations absolument superposables et qui serviront de fondement à ce travail.

Nous les devons à l'obligeance de M. le docteur Gonnet, chef de clinique obstétricale et à M. le docteur Voron, accoucheur des hôpitaux.

Après avoir nettement établi et délimité le sujet à traiter, nous donnerons les observations cliniques, puis, les faits ainsi connus, nous chercherons à en déduire la cause et le mécanisme du syndrome; nous en tirerons, par une analyse détaillée, les symptômes importants, après quoi, nous exposerons la méthode de traitement. Cette étude sera purement clinique et pratique avant tout, nous nous arrêterons aux faits, tâchant de les interpréter de notre mieux pour en tirer tous les enseignements qu'ils comportent.

« Ars tota in observationibus. »

CHAPITRE PREMIER

Délimitation du sujet.

L'inertie utérine, quelle qu'en soit sa raison intime, est caractérisée par une absence de contractions utérines, ou une paresse de ces contractions, qui sont très diminuées de nombre et d'intensité.

Si l'on veut bien se souvenir que les contractions propres de l'utérus sont le facteur principal de l'expulsion de l'enfant, que ces contractions ont encore pour effet de faire se décoller et progresser vers le vagin le placenta et les membranes de l'œuf, que la cavité utérine étant enfin vide de son contenu, les contractions musculaires propres rétractent cet utérus, qui se pelotonne, pour ainsi dire, sur lui-même, fermant les sinus sanguins et faisant ainsi une hémostase parfaite; on comprendra quel trouble cet accident pourra apporter à l'accouchement.

L'inertie peut être plus ou moins grande, et tous les degrés peuvent s'observer.

Elle peut, d'autre part, se présenter à tous les stades de l'accouchement, créant ainsi trois modalités particulières. On peut l'observer avant l'expulsion de l'enfant, empêchant cette expulsion, après l'expulsion de l'enfant, l'inertie peut entraver le décollement du placenta et retarder ainsi la délivrance; enfin, après la délivrance, elle empêchera l'hémostase de se produire.

Des deux premières formes cliniques, nous ne parlons ici que pour mémoire; elles sont parfaitement connues, elles sont signalées dans tous les traités et par tous les auteurs, on sait quel traitement leur appliquer, forceps avant l'accouchement, délivrance artificielle après.

La troisième éventualité, l'inertie après la délivrance, est beaucoup moins connue. Elle n'est pas signalée dans tous les traités classiques, ou du moins, elle ne paraît pas suffisamment dégagée des autres formes d'inertie, et particulièrement, de l'inertie avant la délivrance.

Toutefois, cette forme d'inertie est signalée dans plusieurs traités classiques : Charpentier, dans un chapitre traitant des hémorragies de la délivrance, signale les pertes de sang dues à l'inertie tardive.

Tarnier et Budin y font également allusion.

Commandeur, dans son article sur la délivrance normale et pathologique, du traité d'obstétrique, signale cette modalité d'inertie.

Sous le titre : « Hémorragies survenant immédiatement après la délivrance », il dit, et nous rapportons exactement ses paroles :

« Ces hémorragies ne diffèrent guère des autres hémorragies de la délivrance, les causes, les symptômes, le pronostic sont les mêmes, là encore, on observe la forme externe, interne ou mixte... »

« Elles peuvent survenir après la délivrance spontanée. Parfois l'utérus, après une série de contractions violentes, qui aboutissent à l'expulsion du placenta, tombe inerte; un flot de sang sort après la délivrance. Si les contractions ne reprennent pas, l'hémorragie peut être foudroyante et emporter la malade en quelques mi-

nutes. Cette forme se voit surtout dans les cas où la délivrance spontanée se fait trop tôt, sous l'influence de contractions utérines exagérées, et que la rétraction utérine est retardée. L'utérus est inerte et non rétracté, l'hémostase spontanée n'existe que pendant la contraction. Parfois, l'hémorragie n'est pas très abondante, elle décroît et s'arrête peu à peu.

« Dans d'autres cas, le type clinique est différent. Après une délivrance lente et pénible, dans laquelle le décollement s'est fait avec peine, au prix de contractions molles et faibles, le placenta, tombé dans le vagin a été extrait. Mais l'utérus reste mou : il n'a pas la consistance solide du globe de sûreté. On le sent peu à peu grossir, une hémorragie interne ayant lieu dans sa cavité. »

Le type clinique d'inertie utérine, nettement signalé dans ces lignes, est celui que nous trouverons dans nos observations.

Les conditions particulières dans lesquelles elle se produit, les accidents qui l'accompagnent, ses caractères propres, paraissent faire de cette forme, un type spécial d'inertie.

C'est sur cette modalité que roulera la présente étude.

À côté de cette forme d'inertie survenant aussitôt après la délivrance, il est une autre inertie qui survient plusieurs heures et même plusieurs jours après la terminaison de l'accouchement ; ce sont ces cas qui sont décrits sous le nom « d'inertie tardive ». Nous n'avons pas d'observation de ces cas à citer ici, aussi bien, ne nous occuperons-nous pas de ces inerties tardives, pour localiser cette étude à la forme qui survient immédiatement après la délivrance.

CHAPITRE II

Observations.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GONNET.)

*Accouchement rapide. — Inertie après la délivrance. —
Hémorragie abondante. — Inefficacité de l'ergotine.*

31 ans, IV-pare.

Les trois accouchements antérieurs ont eu lieu par le siège. L'accouchement a toujours été spontané, la délivrance normale. Chaque fois, après la délivrance, une demi-heure environ, il s'est produit une hémorragie peu abondante, mais continuë, s'arrêtant après une injection d'ergotine.

Dernières règles, 1^{er} octobre 1906.

Pas d'accident de la grossesse.

Pas d'albuminurie.

Obésité avancée pour l'âge.

Début des douleurs, le 20 juillet, à 10 heures du soir.

Terminaison de l'accouchement, le lendemain à 7 h. 20 du matin.

Délivrance spontanée, 30 minutes après l'accouchement.

Les dernières douleurs ont été très fortes, la fin du travail a été rapide.

Sommet O. I. G. A. 3250/500.

Membranes complètes. Le liquide amniotique était peu abondant.

Une heure après l'accouchement, on constate au niveau de la vulve un suintement sanguin peu abondant, mais continu.

Inertie utérine complète. L'utérus est à peine senti par le palper.

On pratique consécutivement trois injections chaudes intra-utérines, on fait du massage, des frictions externes, sans obtenir aucun résultat.

La main, introduite dans l'utérus, ramène quelques caillots, quelques débris insignifiants de membrane et de placenta, mais bien insuffisants, semble-t-il, pour expliquer l'hémorragie persistante.

On pratique une nouvelle injection chaude intra-utérine.

On fait une injection de 1 cc. d'ergotine Tanret.

On n'obtient aucun résultat.

L'hémorragie persiste peu abondante, mais sans interruption.

Il est impossible d'obtenir une contraction utérine vraie et durable. L'utérus semble parfois vouloir se contracter, mais ces ébauches de contraction ne durent que quelques secondes. L'utérus est mou et dans un état d'inertie complète.

On pratique une injection de sérum artificiel et on fait du massage utérin.

La main introduite dans l'utérus, on la laisse en s'en servant comme d'un tampon, pendant vingt-cinq minutes, pendant qu'avec l'autre main on fait du massage de la face antérieure de l'organe.

Au bout de quelques minutes, l'utérus commence à se contracter.

On perçoit alors quelques contractions localisées, qui font durcir en certains points la paroi utérine.

Bientôt les contractions, devenues totales, sont suffisantes pour expulser la main qui est dans l'utérus.

On fait une injection iodo-iodurée intra-utérine.

L'hémorragie est environ de 1.500 grammes. L'état général, assez grave sur le moment, se rétablit assez vite.

Suites de couches normales, sans incident.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GONNET.)

Grossesse normale. — Accouchement spontané normal. — Délivrance spontanée. — Inertie utérine après la délivrance.

Grossesse normale. Accouchement normal à terme. Début des douleurs, 8 heures du matin, terminaison de l'accouchement à 2 heures après-midi.

Douleurs très fortes et très rapprochées pendant les deux dernières heures.

Délivrance spontanée une heure après l'accouchement.

Dans la face maternelle du placenta, on trouve un caillot de 150 grammes.

Après la délivrance, l'utérus revient sur lui-même et durcit.

Il s'est produit, pendant le dégagement, une déchirure légère du périnée. On se dispose à pratiquer quelques points superficiels.

Pour cela, la malade est couchée en travers sur le lit.

A ce moment, la malade qui déjà se plaignait depuis un instant d'être mal à son aise, pâlit, le pouls est à 96. La palpation de l'utérus montre qu'il n'est plus contracté, mais mou.

On pratique cependant un point de suture.

A ce moment, la malade pâlit de plus en plus, elle se plaint de maux de cœur, de défaillance. La palpation de l'utérus ne permet plus de sentir l'organe qui est absolument mou.

Il n'y a qu'un écoulement très minime de sang par la vulve.

On met la malade la tête basse, on pratique une injection d'ergotine Lamante.

On pratique la compression de l'aorte, pendant qu'on prépare de l'eau chaude.

Le pouls est à 120. On ne constate pas d'hémorragie continue. La malade est pâle. Brusquement la malade, de plus en plus affaiblie, se renverse en arrière, en état syncopal.

À ce moment, le pouls est à peine senti.

L'utérus est extrêmement mou.

La main introduite dans l'utérus, rencontre quelques caillots dans le vagin; d'autres caillots en grande abondance remplissent toute la cavité utérine, dont les parois sont absolument flasques.

L'utérus est vidé des caillots qu'il contient, et grâce à ce mouvement l'utérus ébauche une contraction qui ne dure pas.

À ce moment, la malade va mieux. Le pouls est devenu perceptible, il est à 180.

L'utérus est comprimé; une main dans l'organe vient l'écraser contre la symphyse pubienne, pendant qu'une main appliquée dans la région hypogastrique maintient la face postérieure de l'organe.

L'utérus est massé avec les deux mains, intérieurement et extérieurement. Aucune contraction ne répond à cette excitation de la fibre musculaire. L'inertie étant totale, les contractions n'ayant pas lieu, la position est tenue pendant trois heures.

L'état de la malade est, pendant ce temps, variable; tantôt elle se sent plus forte, tantôt elle a des tendances à la syncope.

L'utérus a environ deux ébauches de contractions pendant les premières heures, mais malgré deux nouvelles injections, l'une d'ergotine, l'autre d'ergotinine, les contractions utiles ne réapparaissent pas.

L'hémorragie continue faible ; un filet de sang, malgré la compression, suinte du vagin ; le poing et l'avant-bras sont introduits dans l'utérus.

On tâche de remonter l'état général ; on fait des injections de caféine, on injecte 500 grammes de sérum artificiel.

A partir de 5 heures, les contractions s'ébauchent ; bientôt elles paraissent plus complètes et plus soutenues ; enfin, au bout de trois heures d'attente, des contractions violentes apparaissent qui expulsent le poing compresseur.

Le pouls est à 120 à ce moment-là.

L'état général s'améliore rapidement.

Les suites de couches sont normales et apyrétiques.

La mère a pu nourrir son enfant.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GONNET.)

Accouchement normal. — Délivrance normale. — Inertie après la délivrance. — Hémorragie. — Phénomènes généraux graves.

G... J..., 27 ans. I-pare.

Née à terme, nourrie au sein, a marché à 18 mois.

Réglée à 12 ans, irrégulièrement.

Rougeole à 6 ans, scarlatine à 8 ans, variole à 10 ans.

Dernières règles le 15 octobre 1907.

Pendant les sept premiers mois de la grossesse, vomissements bilieux. Congestion pulmonaire en janvier.

Pertes blanches pendant les premiers mois.

Utérus à 32 centimètres au-dessus du pubis. Parois épaissies.

O. I. G. A., bassin normal.

Accouchement :

Début des douleurs, 12 août, 4 heures soir.

Dilatation complète, 12 août, 9 heures soir.

Rupture des membranes, 3 h. 45.

Liquide amniotique peu abondant.

Terminaison de l'accouchement, 12 août, 9 h. 15.

Durée de la dilatation, cinq heures.

Durée de l'expulsion, quinze minutes .

Délivrance, cinquante minutes après l'accouchement, par simple expression 3530/520.

Placenta absolument normal, membranes complètes.

La malade entre à la maternité le 12 août. Sommet O. I. G. A., léger disque d'albumine.

Le col étant dilaté à 2 centimètres, la poche des eaux étant très plate, comme la malade perd un peu, on rompt artificiellement la membrane; l'écoulement cesse.

Les contractions sont normales et régulièrement espacées. L'accouchement se termine spontanément; la délivrance se fait par simple expression; le placenta arrive à la vulve par sa face fœtale, avec un hématome de 400 grammes.

L'utérus reste mou et dépressible; on fait une injection de solution iodo-iodurée. Cependant il se produit une hémorragie légère de 350 grammes. L'utérus est massé à travers les parois abdominales, mais il ne se contracte pas. Un léger écoulement sanguin persistant, la main est introduite dans l'utérus pour savoir si rien n'y est resté. L'utérus est vide.

On fait pendant quelques instants de la compression bimanuelle, puis on pratique une deuxième injection utérine à 48°.

On fait une injection d'ergotine. On fait du massage utérin à travers les parois; on applique sur le pubis une vessie de glace.

A 1 heure du matin l'écoulement continue, l'utérus est toujours mou, déprimé, atonique. La malade présente tous les signes de l'anémie aiguë : pâleur, tendance à la syn-

cope, pouls imperceptible, trouble de la vue, bourdonnement d'oreilles.

On pratique un tamponnement intra-utérin.

On a fait 500 grammes de sérum avec 0,75 de caféine; on a fait deux piqûres d'éther; on a tenté de relever la malade par du café, de l'alcool.

Après le tamponnement, l'écoulement cesse; le pouls devient perceptible et se régularise peu à peu.

La malade est laissée la tête basse.

Le matin, 37°8; pouls 120.

Le tamponnement est retiré sans accident. On pratique une injection intra-utérine et un tamponnement.

Pas d'incident pendant les suites de couches.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GONNET.)

Accouchement normal. — Délivrance normale. — Hémorragie après la délivrance par inertie utérine.

Joséphine M..., 24 ans.

Trois accouchements normaux : deux à terme; un, le second, à 7 mois.

La délivrance a toujours été normale comme durée et comme hémorragie.

A chacun des trois accouchements, dans l'heure qui suivait la délivrance, la malade a eu une hémorragie très abondante que l'on a traitée par les moyens ordinaires : glace sur le ventre, ergotine, injections utérines chaudes, sérum artificiel.

Dernières règles, le 22 février 1907.

Début des douleurs, 29 novembre, à 5 h. 30 matin.

Terminaison de l'accouchement, 29 novembre, 4 h. 15 soir.

O. I. G. A. 3500/520.

Membranes complètes. Au moment de la délivrance, on voit sortir, avec le placenta, des caillots et une quantité de sang rouge évaluée à 300 grammes environ.

L'hémorragie abondante s'arrête spontanément, mais il persiste un léger suintement sanguin et des phénomènes généraux graves s'installent : tels que pâleur de la face, décoloration des muqueuses, pouls petit et filant ; état syn-copal.

L'utérus est extrêmement mou, sans consistance, et est à peine senti.

On pratique deux lavages utérins très chauds.

Comme la délivrance est complète, on fait en deux fois une seringue d'ergotine sans aucun résultat.

L'utérus reste mou, dépressible, et ne se contracte pas.

L'état général étant toujours grave, on fait à la malade une injection de sérum et une injection de caféine.

On reste trois heures auprès de la malade, en massant l'utérus et en le tenant comprimé contre les parties.

Le suintement sanguin devient insignifiant, mais l'état général demeure précaire avec retours constants de syn-cope, persistant pendant plusieurs heures.

Cet état n'étonne pas la malade qui y est, dit-elle, habituée, un état semblable d'inertie ayant eu lieu à ses précédents accouchements et ayant duré trois heures.

CHAPITRE III

Etiologie.

L'affection que nous étudions étant une modalité de l'inertie utérine, les causes qui la produisent seront les mêmes que celles des autres formes d'inertie, ordinairement observées en clinique. Toutefois, comme cette complication apparaît à la fin de l'accouchement, certaines circonstances ayant marqué les premiers temps du travail, viendront se surajouter à ces causes, et nous verrons, par la suite, toute l'importance de ce fait.

Nous exposerons tout d'abord les causes générales d'inertie utérine, puis les causes spéciales de cette complication après la délivrance.

a) Etiologie de l'inertie utérine.

Les causes de l'inertie utérine sont multiples et assez mal connues.

Suivant qu'elle est due à un trouble du muscle utérin ou à une modification de l'état général retentissant sur l'utérus, l'inertie est dite primitive ou secondaire.

Nous rangerons, dans cette étude, les causes de l'inertie, sous trois rubriques :

1° *Causes d'inertie relevant du muscle lui-même.* —

La première de ces causes paraît être la fatigue du muscle. Cette fatigue peut tenir à la surdistension utérine; le muscle ayant été extrêmement distendu a dépassé, pour ainsi dire, la limite de son élasticité, il est en quelque sorte forcé, il a perdu sa contractilité. Ces conditions sont réalisées dans tous les cas d'œuf volumineux, soit physiologiquement, par grossesse gemellaire; soit pathologiquement, par hydramnios.

A côté de cette inertie par distension extrême et perte de l'élasticité des fibres utérines, on doit en placer une autre, qui consiste dans une fatigue du muscle. Dans certains cas où les contractions utérines ont été particulièrement intenses et très violentes au début, et cela en pure perte, sans amener l'évacuation de l'utérus, évacuation empêchée par un obstacle mécanique quelconque, à l'accouchement, soit mauvaise direction de l'utérus, soit dystocie par bassin vicié, ou résistance des parties molles, la contractilité utérine s'épuise en vains efforts, et une phase d'inertie suit la phase de fatigue.

Inversement, dans les accouchements très rapides, dans lesquels, les contractions ont été très brusques et très intenses, l'utérus reste inerte pendant un temps plus ou moins long, le muscle paraît alors anihilé complètement, certains auteurs décrivant cet effort ont dit que la fibre musculaire était « frappée de stupeur ». Nous verrons toute l'importance de ces faits dans la forme d'inertie que nous étudions.

Un trouble pathologique de l'utérus peut également provoquer le syndrome inertie, c'est ainsi qu'un utérus dégénéré, fibrômateux, se contracte mal, on a ainsi une

inertie, qui peut être totale, ou localisée seulement au point de l'organe atteint.

2° *Inertie relevant d'un état particulier des organes voisins.* — Pour que les contractions utérines se produisent normalement, il faut que l'organe soit parfaitement libre de toute part, il faut qu'il n'existe aucun obstacle à la contraction, ni du côté de l'abdomen, ni du côté du bassin.

Dans certains cas de distension vésicale, ou de réplétion du rectum, les contractions utérines s'arrêtent pour reprendre lorsqu'on a évacué ces réservoirs. Nous ne chercherons pas le mécanisme de ces troubles de la contraction, nous nous tiendrons au fait observé.

De même, des tumeurs de l'ovaire ou des ligaments utérins, retenant l'utérus et le fixant dans l'abdomen ou le bassin, peuvent devenir des causes d'inertie.

3° *Causes tenant à l'état général.* — On a accusé l'âge, les femmes âgées ayant un utérus moins contractile et moins souple que les jeunes.

La primiparité surtout, dans un âge avancé, serait, pour certains auteurs, un facteur important d'inertie, pour d'autres, la multiparité et l'âge en réaliseraient plutôt les conditions.

La misère physiologique, la cachexie néoplasique, la tuberculose pulmonaire, les cardiopathies, l'albuminurie, les tendances à l'éclampsie, sont considérées comme des facteurs importants d'inertie.

On peut évidemment observer cette complication dans ces cas, on la rencontre là, beaucoup plus fréquemment que chez des femmes parfaitement saines; toutefois, elle est loin d'être constante, et il n'est pas rare d'observer

chez des femmes cachectiques, et particulièrement chez des tuberculeuses cavitaires, qui ne survivront pas à leurs suites de couche, une intégrité des fonctions utérines qui surprend.

Certains auteurs ont considéré l'anesthésie comme prédisposant à l'inertie. Toutefois, les travaux faits sur la question ne sont pas concluants, et l'influence néfaste de l'anesthésie est loin d'être démontrée.

Un facteur plus important d'inertie paraissait être les émotions tristes. Ce fait était bien connu des anciens médecins, qui tous recommandaient de ne rien faire qui puisse troubler la quiétude morale de la parturiente et de tâcher au contraire, par tous les moyens, d'obtenir sa bonne humeur. De nombreuses observations ont montré l'importance de ce facteur moral, qui n'a d'ailleurs rien qui puisse étonner, si l'on songe à l'influence considérable des émotions sur les actes de la vie végétative, tels que la digestion, la nutrition, la défécation.

En outre, il existe des femmes qui, en dehors de toute cause connue, présentent à chacun de leurs accouchements, de l'inertie utérine, comme d'autres ont des accouchements difficiles ou des hémorragies abondantes. Ces faits inexplicables sont d'observation courante, et nous verrons une de nos observations (obs. IV), rentrer parfaitement dans leur cadre.

b) Causes de l'inertie après la délivrance.

Quelles seront, maintenant, les causes de l'inertie après la délivrance ? Comment expliquer ce défaut des contractions utérines, jusque-là parfaitement normales ?

On ne peut faire intervenir là, ni les causes générales qui, si elles existaient, auraient dès le début entravé le fonctionnement du muscle. Ni l'âge, ni la parité, ni les affections antérieures ne peuvent expliquer l'accident.

Par contre, une étiologie s'impose presque, tant elle est simple et paraît schématique.

On peut, en effet, expliquer cette inertie tardive par l'état de fatigue musculaire dont nous parlions tout à l'heure. Les contractions utérines ont été très brusques, très violentes, le travail a été bref, la délivrance s'est faite presque aussitôt, spontanément, mais le muscle, épuisé par ce travail énergique, n'a plus le ressort suffisant : il est inerte, il est « frappé de stupeur ».

Ainsi peut être constitué le syndrome inertie, après la délivrance. Or, une de nos observations rentre parfaitement dans ce schéma (obs. III). On comprend qu'une émotion forte arrêtera la contraction, à quelque moment que ce soit de l'accouchement, aussitôt qu'elle se produira. C'est ainsi que dans notre observation II, les phénomènes d'inertie ont suivi, chez une femme impressionnable, l'annonce de l'urgence d'une suture périnéale.

Dans notre observation I, la raison de l'accident échappe absolument à l'analyse.

CHAPITRE IV

Etude clinique.

Nous ferons cette étude clinique d'après les quatre observations que nous rapportons dans ce travail.

L'accouchement s'est passé d'une façon normale, en général, aucun accident n'a pendant l'expulsion du fœtus, attiré l'attention. Seules, dans certains cas, l'intensité des contractions utérines et la brièveté de l'expulsion ont pu être notées.

Après l'expulsion du fœtus, l'utérus reprend bientôt de nouvelles contractions, et la délivrance se produit sans incident, dans l'heure qui suit l'accouchement.

On croit alors que tout est fini, que tout danger est évité, et c'est alors que nous apparaîtront les signes par lesquels se révélera la forme d'inertie que nous étudions.

Les symptômes généraux ouvrent la scène :

Brusquement, la malade pâlit, elle éprouve une sensation de malaise plus ou moins intense, des bourdonnements d'oreille, des éblouissements passagers. Elle est dans un état assez grave d'asthénie, qui peut aller parfois jusqu'à la lipothymie.

Bientôt, la pâleur augmente, la malade a un teint de cire, ses muqueuses sont décolorées.

Ces signes sont suffisamment précis pour que le diagnostic d'hémorragie soit affirmé, et l'attention est attirée immédiatement du côté des organes génitaux.

Le palper de la région suspubienne pratiqué alors, non seulement ne permet pas de percevoir, ainsi que dans les cas normaux, la masse de l'utérus contracté, formant ce que les auteurs ont appelé le globe de sûreté, mais l'utérus même n'est pas perçu. On ne peut, par le palper, différencier un seul organe, toute la région ayant une consistance uniformément molle et dépressible.

Selon les cas, l'examen de la vulve et de l'orifice vaginal, permet de constater un écoulement sanguin, plus ou moins abondant. En effet, l'hémorragie peut être interne, et le sang rester dans l'utérus à l'état de caillot ou de sang pur, elle peut être également externe, et le sang s'écoule alors par les voies naturelles; tous les intermédiaires sont possibles entre ces deux cas extrêmes, c'est ce qui explique la différence de la quantité de sang qui pourrait s'écouler du vagin.

Par des touchers pratiqués alors, on se rend compte que le vagin et l'utérus sont parfaitement libres et vides de toute portion restante de l'arrière-faix, d'ailleurs, celui-ci aura été examiné et reconnu complet; par contre, on sent, dans les cavités utérine et vaginale, un plus ou moins grand nombre de caillots, et on a l'impression que les cavités sont remplies de sang.

Mais l'attention est attirée surtout par l'état particulier des parois utérines. Ces parois sont molles, sans consistances, elles sont dépressibles dans tous les sens, elles n'ont aucune résistance et donnent à la main qui explore la même sensation que donnerait un linge humide. Le

contact du poing contre les parois ne réveille nullement les contractions.

On a beau malaxer l'utérus, le presser à travers la paroi abdominale, le comprimer entre les deux mains, le muscle reste inerte, et ne réagit à aucune excitation.

Cependant, les signes d'hémorragie constatés au début persistent et même s'aggravent. La pâleur augmente, l'état général est grave, la tendance sur lipothymie s'accroît, on cherche, par tous les moyens, à combattre l'hémorragie.

On épuise pour cela les toniques, les boissons chaudes, le thé, l'alcool, les injections de caféine et d'éther sont tour à tour et sans succès essayées.

Lentement l'utérus est massé, intus et extra, il est comprimé entre les mains, à travers la paroi abdominale, on pratique des injections chaudes, on dispose sur la région pubienne des compresses glacées, et malgré tout, la fibre utérine reste inerte. On administre de l'ergot de seigle, soit par la bouche, soit en injections hypodermiques, et l'ergot, comme les autres méthodes de traitement, échoue.

Dans nos observations, l'état général resta alarmant et l'hémorragie persista assez peu abondante, il est vrai, grâce à un traitement énergique dirigé contre elle. Compression pubo-manuelle dans trois cas, tamponnement utérin dans un autre cas, tant que dura la période d'inertie.

Dans chacun des cas, au bout de trois heures environ, des contractions se firent sentir, d'abord petites et localisées, puis augmentant petit à petit de force et d'étendue, si bien, qu'au bout d'un quart d'heure, l'utérus était

complètement revenu sur lui-même. A ce moment, l'écoulement sanguin était tari spontanément et, petit à petit, l'état général revenait à la normale.

Dans nos observations, un fait frappe tout d'abord, c'est le peu d'abondance de l'écoulement sanguin, mis en parallèle avec la gravité de l'état général et l'intensité de l'inertie. Ce fait peut tenir à deux causes : la première, est que des caillots se formant dans l'utérus, obstruent en partie l'orifice des lacs sanguins et font ainsi une hémostase rudimentaire. Une raison qui paraît plus probable, c'est que pendant tout le temps, dans chacun de nos cas, on a empêché l'hémorragie de se produire en abondance, en pratiquant la compression utérine, dans trois cas, compression pubo-manuelle dans un cas, tamponnement. Sans ces précautions, dont nous discuterons la valeur au chapitre du traitement, l'hémorragie aurait été sans doute beaucoup plus abondante et, semble-t-il, même mortelle.

En somme, et pour résumer en quelques mots, cette étude clinique : accouchement normal, ou caractérisé par l'intensité des douleurs et la brièveté du travail. Délivrance spontanée. Hémorragie après cette délivrance, due à une inertie utérine totale, résistant aux méthodes ordinaires de traitement, et même à l'ergot, et cessant d'elle-même au bout de trois heures environ.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Au point de vue clinique, et dans la pratique, le diagnostic se pose toujours dans ces circonstances : une femme récemment accouchée, récemment délivrée, présente, quelques instants après la délivrance, des phénomènes généraux graves, avec pâleur, bourdonnements d'oreille, éblouissements, tendance à la syncope; ces phénomènes s'accompagnent ou non d'issue de sang par le vagin.

Deux questions se posent alors : a-t-on affaire à une hémorragie ? Si oui, quelle en est la cause ?

La première question se résout assez facilement, les signes d'hémorragie interne son nets : pâleur de la face, petitesse et rapidité du pouls, etc., tous phénomènes bien connus, dont la constatation doit, chez le médecin, amener l'exploration des organes génitaux, comme par réflexe. Cet examen ne laisse aucun doute, on constate un écoulement vaginal, où le toucher vaginal et utérin fait sentir dans les cavités des caillots, avec une quantité plus ou moins grande de sang pur.

C'est une hémorragie, quelle en est la cause ?

Tout d'abord, quel est l'organe qui saigne ?

Est-ce le périnée déchiré, le vagin ou le col utérin éclatés pendant l'accouchement ? Il suffira d'une observation attentive des organes pour éliminer ces hypothèses, si toutefois on connaît la possibilité de telles lésions. D'ailleurs, si de telles déchirures peuvent, chez les femmes nerveuses, s'accompagner de phénomènes généraux assez graves, l'écoulement sanguin qu'elles provoquent ne peut en imposer pour une hémorragie utérine.

C'est donc l'utérus qui saigne; pourquoi ?

On peut faire trois hypothèses.

Ou bien la délivrance est incomplète : il reste dans la cavité utérine, un cotylédon placentaire ou des membranes partiellement décollées, qui empêchent le retrait utérin et qui favorisent l'hémorragie.

Ou bien il s'agit d'une insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, et les fibres clairsémées de ce segment inférieur sont incapables de faire parfaitement l'hémostase et de fermer complètement les lacs sanguins.

Ou bien l'utérus étant vide, on est en présence d'un cas d'inertie utérine.

L'exploration utérine, pratiquée à ce moment, renseignera complètement sur ces points.

On constatera en effet, par le toucher, que l'utérus est complètement vide de placenta et de membranes, la main en fera le tour, et n'y rencontrera que du sang et des caillots. De plus, la délivre, examiné à ce moment, sera reconnu bien complet.

En outre, on reconnaîtra par le toucher que l'inertie n'est pas localisée, surtout au segment inférieur, d'ailleurs on saura si l'insertion placentaire était vicieuse, et

dans ce cas, on attendra les accidents hémorragiques dont le diagnostic s'impose alors.

Enfin, ces causes d'erreur éliminées, on se rendra compte que l'utérus est mou dans sa totalité, que ses parois ont complètement perdu leurs formes, qu'elles sont dépressibles, qu'elles ne répondent plus à aucune excitation, soit mécanique, soit médicamenteuse. On constatera qu'une hémorragie existe, plus ou moins abondante, donnant des accidents plus ou moins graves, et c'est là, plus qu'il n'en faut pour affirmer un diagnostic d'inertie.

CHAPITRE VI

Pronostic.

On conçoit que le pronostic de la forme d'inertie que nous étudions soit très réservé. Cette forme est en effet, grave par sa durée, par sa ténacité, sa résistance aux différents modes de traitement, elle est grave encore par son étendue, l'utérus étant inerte dans tous ses points.

L'hémorragie peut être à cause de cette inertie totale, très intense, elle peut, en outre, durer longtemps, et produire ainsi les pires accidents d'anémie aiguë.

Dans les cas que nous rapportons, il n'y a à déplorer aucun accident mortel. Ce fait tient à ce que les malades étaient sans cesse surveillées, que l'état général des malades a toujours été remonté, et surtout à ce que l'hémostase a été pratiquée, dans la mesure du possible, soit par la compression pubo-manuelle, soit par un tamponnement utérin serré.

Abandonnées à elles-mêmes, les malades auraient perdu une grande quantité de sang, à moins, toutefois, que des caillots accumulés dans la cavité utérine en grande abondance, n'aient fait une hémostase relative, obstruant en partie les lacs sanguins.

CHAPITRE VII

Traitement.

Nous envisagerons ici uniquement le traitement de l'inertie après la délivrance; l'utérus étant supposé vide de l'arrière-faix. Aussi, ne parlerons-nous pas de la délivrance artificielle, qui ne rentre nullement dans notre sujet.

Nous nous occuperons du traitement à trois points de vue : au point de vue prophylactique, nous indiquerons la conduite à tenir en face d'une nouvelle accouchée, et nous rechercherons le moyen de prévenir l'inertie.

Cette inertie s'étant produite, nous verrons quel traitement lui opposer, soit pour prévenir les dangers de l'hémorragie qui l'accompagne, soit pour faire cesser cette inertie, et faire se contracter le muscle utérin.

Nous terminerons cette étude en indiquant le traitement de l'anémie aiguë.

a) Traitement prophylactique.

Tout d'abord, il faut connaître la possibilité d'inertie utérine après la délivrance.

Le médecin ne doit pas quitter une nouvelle accouchée sans être demeuré quelques instants auprès d'elle après

la délivrance, et sans s'être assuré de l'existence du globe de sûreté formé par l'utérus contracté.

Il doit se souvenir que les émotions tristes empêchent les contractions utérines; il doit bannir du voisinage de la malade tout ce qui pourrait la troubler, il ne doit, ainsi que le recommandent les vieux auteurs, ne manifester auprès d'elle aucune impatience, mais au contraire, tâcher d'entretenir sa bonne humeur et sa gaiété.

Certains auteurs ont pensé que la délivrance trop tôt pratiquée prédisposait à l'inertie. Il faut savoir attendre. On laissera la délivrance se faire seule, sans pratiquer d'expansion de Crédé, sans surtout faire de tractions sur le cordon.

La délivrance faite, il faudra s'assurer de son état; savoir si les membranes et le placenta sont complets, il faudra être prêt à retirer un cotylédon manquant. La délivrance étant complète, on fera, si l'utérus ne revient pas aussitôt sur lui-même, une injection chaude à 48° d'eau pure, ou mieux, d'une solution iodo-iodurée. Dans les cas ordinaires, le globe de sûreté ne tardera pas alors à se former.

b) Traitement de l'inertie.

Si le globe de sûreté ne se forme pas, si l'utérus reste inerte, si du sang en plus ou moins grande abondance, s'écoule par la vulve, si, à ce moment la parturiente présente des signes d'hémorragie, il faudra lutter d'abord contre cette hémorragie et ensuite contre sa cause : l'inertie.

La première indication sera de faire l'hémostase, supplantant ainsi à l'insuffisance des contractions utérines.

Plusieurs moyens ont été préconisés pour faire cette hémostase. Ils consistent tous, comme toute hémostase chirurgicale, à entraver le libre cours du sang, depuis les vaisseaux de distribution jusqu'à la plaie utérine, ou à empêcher le sang de sortir des parois utérines si on l'a laissé venir jusque-là.

D'où deux moyens : compression à distance sur l'aorte ou compression directe de l'utérus.

La compression de l'aorte a été préconisée par Baudelocque. Fochier en a réglé la technique, que nous ne développerons pas ici. Cette méthode est excellente dans les cas d'hémorragie abondante et brusque, quand il faut gagner du temps, en attendant que l'utérus se contracte utilement.

On arrête, par cette méthode, le cours du sang, toutefois, la compression ne peut être soutenue longtemps, étant très fatigante; il est impossible de l'appliquer seule dans des cas comme ceux que nous rapportons ici, où l'inertie absolue dura trois heures.

On peut, par la compression de l'utérus, pratiquer directement l'occlusion des vaisseaux qui saignent. Cette compression peut se réaliser indirectement par accollement des parois utérines, ou directement, en tamponnant la plaie soit avec le poing introduit dans la cavité, soit à l'aide d'un tamponnement utérin serré.

On peut comprimer indirectement l'utérus, en le déprimant par le poing, en le repoussant dans la fosse iliaque, ainsi que l'ont conseillé Stolz et Hubard.

Il est préférable de le comprimer de telle sorte que les deux parois antérieures et postérieures soient accolées et appuyées l'une sur l'autre. On arrive à ce résultat par

le procédé de Fochier, en réalisant une compression unimanuelle, déprimant la paroi abdominale, introduisant la main sur la face postérieure de l'utérus, et appliquant cette face postérieure contre le pubis.

On y arrive encore par une compression bimanuelle, une main placée comme précédemment, et l'autre main dans la région suspubienne, servant de point d'appui. L'organe est amené à travers la paroi abdominale encore entre les deux mains.

Cette méthode arrête bien une hémorragie; ces manœuvres sont assez bien supportées par les malades, mais elles sont très fatigantes pour le médecin, qui ne peut les pratiquer pendant plus d'une demi-heure; elles ne sont donc pas applicables à nos cas, dans lesquels l'hémorragie dura trois heures.

Restent les compressions utérines réalisées par l'application de corps lourds sur la région hypogastrique, ou par des bandages appliqués sur l'abdomen. Ces procédés vantés par certains auteurs, font une compression aveugle, dont il est difficile de régler exactement et de localiser l'effort. On préférera à ces méthodes, la compression immédiate de l'utérus.

On pourra exercer cette compression, soit avec le poing introduit dans l'utérus, soit à l'aide d'un tamponnement.

Dans le premier cas, la main, introduite dans l'utérus, le videra complètement des caillots ou des débris de membrane qu'il pourrait contenir. Puis le poing fermé est appliqué contre la paroi utérine, et serré contre la main extérieure, placée à la région postérieure, et venant servir de point d'appui. On réalise ainsi une com-

pression très efficace, la position, moins fatigante que la compression bimanuelle, peut se conserver pendant longtemps. De plus, le contact du poing malaxant et excitant sans cesse les fibres utérines, peut provoquer une contraction réflexe et amener ainsi la rétraction utérine que l'on cherche à obtenir.

Si l'hémorragie est très abondante, si le temps manque pour faire la compression et rester auprès de la malade, on pratiquera le tamponnement intra-utérin. On fera ce tamponnement après avoir attiré en bas l'utérus, on bourrera la cavité de tampons ou de mèches de gaze humides. On bâtera un tamponnement très serré et compact, de façon à ce que l'hémorragie ne puisse se faire entre la paroi et les tampons.

L'utérus plein, on remplira de même le vagin. Ce tamponnement ne sera pas laissé en place plus de vingt-quatre heures.

Il va sans dire que ces opérations, tamponnement par le poing ou la gaze, se feront avec toutes les règles de l'asepsie. Nous n'insisterons pas davantage sur les précautions à prendre, qui sont connues de tous.

En même temps que l'on empêchera l'utérus de saigner, on tâchera de ramener les contractions utérines. Tous les moyens préconisés par les auteurs ont échoué dans les cas que nous rapportons, cependant, il faudra toujours les essayer, capables qu'ils sont d'agir dans certains cas.

Les excitants de la contraction utérine ont été rangés par Fochier en cinq catégories.

Il distingue les excitants mécaniques, physiques, chimiques, réflexes, médicamenteux.

Parmi les excitants mécaniques, on préférera la malaxation utérine, l'excitation de la paroi interne vers le passage utérin; ces conditions seront d'ailleurs réalisées par le poing compresseur introduit dans l'organe.

Les excitants physiques sont le chaud et le froid. On fera des injections chaudes à 48°, soit d'eau stérilisée, soit d'une solution antiseptique, de préférence la solution iodo-iodurée.

On fera cette injection sous faible pression, avec une canule de verre vaginale, soit avec une sonde à double courant.

On peut également réveiller les contractions utérines en faisant des applications chaudes sur la région hypogastrique.

Inversement, le froid réveille également, dans certains cas, les contractions, en application sur la région hypogastrique. Certains auteurs ont même conseillé de placer un fragment de glace dans la cavité utérine, mais cette coutume est aujourd'hui tombée en désuétude.

Les excitants chimiques les plus importants sont des acides. Leroux conseillait de pratiquer le tamponnement avec des linges imbibés de vinaigre, d'autres, préconisaient le jus de citron.

On a employé pendant longtemps, en Angleterre, le perchlorure de fer, mais il est dangereux, n'étant pas aseptique et prédisposant aux embolies.

Il est préférable de s'en tenir au permanganate de potasse, ou mieux, à l'iode, dont la solution iodo-iodurée de Fochier constitue la préparation de choix.

Parmi les excitants réflexes se rangent la douleur, l'excitation du tégument cutané dans différentes ré-

gions. Au début du siècle, certains accoucheurs, frappés du fait que la succion du mamelon par le nouveau-né provoquait chez les accouchées des contractions douloureuses de l'utérus, ont essayé d'utiliser ce réflexe pour ramener la contraction en cas d'inertie. Cette méthode, pas plus que les autres moyens d'excitation réflexe, ne devait donner de brillants résultats, car elle est tombée complètement en désuétude.

Le plus important et le seul dont nous parlerons ici des excitants médicamenteux, est l'ergot de seigle et ses dérivés.

L'infusion d'ergot ou la décoction prise par la bouche s'absorbe lentement, ou l'on préférera l'ergotine ou l'ergotinine, en injection hypodermique.

Toutefois on ne pratiquera ces injections seulement que lorsqu'on sera sûr que l'utérus ne contient aucun débris de l'arrière-faix, ni aucun caillot; ce dont on s'assurera par le toucher. Faite dans ces conditions, l'injection d'ergotine est inoffensive, elle peut amener une contraction utile de l'utérus.

Toutefois, dans certaines inerties, et particulièrement dans les cas dont nous rapportons l'histoire, les injections d'ergotine ont été absolument inefficaces.

c) Traitement de l'anémie aiguë.

En même temps que l'on cherchera par tous ces moyens à provoquer des contractions utiles du muscle utérin, on traitera l'anémie, suite de l'inertie.

Ce traitement, comme le traitement de toutes les hémorragies graves, repose sur trois indications : éviter

la syncope, soutenir l'état général, remonter la tension sanguine.

Pour éviter la syncope, on fera affluer le sang au cerveau; pour cela, la malade sera tenue la tête basse, au besoin en position de Tredelenbourg. Si la menace de syncope est très alarmante, si l'hémorragie a été très abondante, on fera sur les quatre membres un bandage roulé. On supprimera ainsi un vaste territoire de circulation et on assurera l'irrigation à peu près normale des centres nerveux.

Une syncope se produisant sera traitée par les procédés habituels.

On soutiendra l'état général par les excitants, les boissons chaudes, l'alcool, qui trouveront là leur indication. On fera des injections sous-cutanées d'éther, de caféine, on usera d'oxygène en inhalation.

On remontera la tension sanguine à l'aide de sérum artificiel. Celui-ci sera donné selon les cas, soit en lavement, soit en injection sous-cutanée, soit en injection intraveineuse. La quantité variera selon la perte à réparer.

CONCLUSIONS

1° Il existe une forme d'inertie utérine survenant après un accouchement normal et une délivrance spontanée complète.

2° Cette forme est à différencier d'avec les inerties décrites sous le nom d'inertie tardive donnant les hémorragies secondaires de la délivrance.

3° Cette inertie est totale. Elle s'accompagne d'un état général très souvent grave, et d'hémorragie pouvant aboutir jusqu'à l'anémie aiguë. Elle résiste aux moyens de traitement dirigés ordinairement contre l'inertie utérine, et particulièrement à l'ergot. Elle cède spontanément entre la 3^e et la 4^e heure de sa durée.

4° Le traitement à lui opposer est le même que celui à opposer aux autres formes d'inertie, une fois la délivrance artificielle faite. Toutefois, on donnera la préférence aux moyens hémostatiques d'attente.

Vu :

Le Président de la Thèse,
A. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 17 février 1908.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- LEROUX. — Observations sur les pertes de sang, 1776.
- BAUDELLOCQUE. — Traité des hémorragies internes de l'utérus, 1831.
- DENELIN. — Thèse de Paris, 1888.
- CHARLES. — Traité d'accouchement. Tome II, 1892.
- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements. Tome IV, 1901.
- RIPEMAN-DESSAIGNES et LE PAGE. — Traité d'obstétrique.
- CHARPENTIER. — Traité de l'art des accouchements.
- BUDIN et DENELIN. — Traité d'accouchement et d'allaitement.
- P. BAR. — L'art des accouchements. Article de Commandeur :
délivrance normale et pathologique, 1907.
-

